·论著·

# 2011—2021 年北京市某社区新增与死亡严重精神障碍患者特征分析

孙旭海[1]，石秀秀[2]，赵峥峥[1]，韩金祥[3*]

【摘要】 **背景** 目前我国存在严重精神障碍患病人群庞大与收治能力不足之间的矛盾，多数患者长期生活在社区，由社区卫生服务机构为该人群提供及时、有效的初级精神卫生服务具有重要意义。**目的** 了解 2011—2021 年北京市某社区新增与死亡严重精神障碍患者特征，为开展社区精神疾病防治提供参考。**方法** 于 2022 年 1 月，通过北京市精神卫生信息管理系统获取某社区 6 类（精神分裂症、双相情感障碍、分裂情感障碍、持久性妄想性障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍）在册严重精神障碍患者的信息，包括人口学特征、疾病情况和建档情况。计算 2011—2021 年历年的患病率、死亡率、生命损失年（YLL）率。以截至 2010-12-31 的患者信息为基础数据，统计 2011—2021 年历年新增与死亡患者信息。**结果** 2011—2021 年历年新增患者例数多于死亡患者例数，患病率从 2012 年开始逐年上升，至 2021 年达 3.77‰。与基线时相比，2021 年社区严重精神障碍患者的受教育程度更高，处于在职状态者占比更高，≥ 60 岁老年患者占比增加，精神分裂症患者占比降低、双相情感障碍患者占比升高，未建档期缩短，差异有统计学意义（$P<0.05$）。2011—2021 年新增患者 212 例：疾病类型以精神分裂症（57.08%，121/212）和双相情感障碍（36.32%，77/212）居多，发病年龄集中在 19~45 岁（65.57%，139/212），未建档期以≤ 5 年者居多（40.57%，86/212），中位未建档期为 8.50（15.5）年。2011—2021 年死亡患者共 90 例，精神分裂症患者死亡最多（86.67%，78/90），死亡年龄 >60 岁者占 74.44%（67/90），死亡原因排在前 3 位的分别为躯体疾病（84.44%，76/90）、自杀（7.78%，7/90）、意外死亡（2.22%，2/90）。2011—2021 年的 YLL 率为 -0.250‰ ~1.436‰。**结论** 2011—2021 年社区严重精神障碍患者新增多于死亡，患病率呈上升趋势，新增患者未建档期缩短，死亡患者以老龄躯体疾病为主，应采取针对性措施应对前述变化。

【关键词】 精神障碍；社区卫生服务；患病率；发病率；死亡率；生命损失年

【中图分类号】 R 741 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0759

孙旭海，石秀秀，赵峥峥，等 . 2011—2021 年北京市某社区新增与死亡严重精神障碍患者特征分析［J］. 中国全科医学，2023.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］

SUN X H，SHI X X，ZHAO Z Z，et al. Characteristics of newly increased and deceased patients with severe mental illness in a community in Beijing from 2011 to 2021［J］. Chinese General Practice，2023.［Epub ahead of print］

**Characteristics of Newly Increased and Deceased Patients with Severe Mental Illness in a Community in Beijing from 2011 to 2021** *SUN Xuhai*[1]，*SHI Xiuxiu*[2]，*ZHAO Zhengzheng*[1]，*HAN Jinxiang*[3*]

*1.Department of Mental Illness Prevention and Treatment，Desheng Community Health Service Center，Beijing 110120，China*

*2.School of Nursing，Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College，Beijing 100144，China*

*3.Community Mental Health Prevention Department，Mental Health Care Institute of Xicheng District，Beijing 100035，China*

*[*]Corresponding author：HAN Jinxiang，Co-chief superintendent nurse，E-mail：hjxdsl@163.com*

【Abstract】 **Background** There is a contradiction between a large population with severe mental illness and insufficient capacity to receive and treat them in China. Most of these patients long-termly live in the community，so it is essential for community health institutions to provide this population with timely and effective primary mental health services. **Objective** To analyze the characteristics of newly increased and decreased patients with severe mental illness in a community in Beijing from 2011 to 2021，so as to provide evidence for the implementation of community-based prevention and treatment of mental illnesses. **Methods** In January 2022，information of registered patients with severe mental illness（schizophrenia，bipolar disorder，schizoaffective disorder，persistent delusional disorder，mental disorders associated with epilepsy or mental retardation

1.100120 北京市西城区德胜社区卫生服务中心精神疾病防治科 2.100144 北京市，中国医学科学院北京协和医学院护理学院 3.100035 北京市，北京市西城区精神卫生保健所精防社区科

[*]通信作者：韩金祥，副主任护师；E-mail：hjxdsl@163.com

本文数字出版日期：2023-04-04

accompanied by mental disorders) in a community of Beijing was obtained through Beijing Municipal Mental Health Information Management System, including demographic characteristics, disease status and the status of file creation. The yearly morbidity, mortality and years of life lost (YLL) rates were calculated for years between 2011 and 2021. With the patient information up to December 31, 2010 as the baseline, the information of newly increased and deceased patients from 2011 to 2021 was counted. **Results** From 2011 to 2021, the newly increased patients outnumbered the deceased ones, and the prevalence rate increased year by year since 2012, reaching 3.77 ‰ in 2021. Compared with the baseline, patients with severe mental illness in 2021 presented the following features: higher education level, a higher proportion of employers, a higher proportion of 60-year-olds and older, a lower proportion of schizophrenics, a higher proportion of patients with bipolar disorder, and a shorter duration of non-creation of files, and the differences were statistically significant ($P$<0.05). During the period, there were 212 newly increased patients, and most of them suffered from schizophrenia (57.08%, 121/212) or bipolar disorder (36.32%, 77/212). The age of the first onset was mostly between 19 and 45 years (65.57%, 139/212). The number of patients with 5 years or less of duration of non-creation of files was the most (40.57%, 86/212), and the average median was 8.50 (15.5) years. Among the 90 deceased cases, schizophrenics accounted for the highest percentage (86.7%, 78/90), and those aged over 60 years accounted for 74.44% (67/90). The top three causes of death were somatic disease (84.44%, 76/90), suicide (7.78%, 7/90), and accidental death (2.22%, 2/90). The YLL rate fluctuated between -0.250‰ and 1.436‰ during the period. **Conclusion** The period of 2011 to 2021 witnessed more newly increased community residents with severe mental illness than deceased ones, an increased prevalence trend of severe mental illness, a shortened duration of non-creation of files, and the aged as the major deceased group, and somatic diseases as the major cause of death. Targeted measures should be taken to cope with the above changes.

【**Key words**】 Mental disorders; Community health services; Prevalence; Incidence; Mortality; Years of life lost

严重精神障碍是指症状严重、对自身健康状况或客观现实不能完整认识的精神疾病，具有患病率高、复发率高、社会攻击性较大、致残率高等特征[1-2]。该类疾病不仅严重影响精神障碍患者及其家属的生活质量，同时也给社会带来沉重负担，是一项重大的公共卫生问题，也是较为突出的社会问题[3]。我国严重精神障碍患者数量多，截至 2021 年底，全国登记在册的重性精神障碍患者为 643 万例[4]。但目前，我国的严重精神障碍患者服务体系建设相对滞后，服务资源总量不足（全国每万人人均精神科床位数为 1.12 张）[5]。患病人群庞大与收治能力不足之间的矛盾，导致多数精神障碍患者长期生活在社区。有数据显示，我国由社区信息系统规范管理的严重精神障碍患者 572 万例，规范管理率为 89.01%[4]122。由社区卫生服务机构为该人群提供及时、有效的初级精神卫生服务具有重要意义。《“健康北京 2030”规划纲要》指出，加强精神障碍发生状况、发展趋势监测，完善严重精神障碍患者管理机制，全面推进精神障碍社区康复服务[6]。本研究对 2011—2021 年北京市某社区新增与死亡严重精神障碍患者特征进行分析，以期发现变化规律与发展趋势，为今后开展社区精神疾病防治工作提供借鉴与参考。

## 1 资料与方法

1.1 资料来源 根据《国家基本公共卫生服务规范操作手册（第三版）》，目前纳入社区卫生服务中心管理的严重精神障碍患者共 6 类，分别为：精神分裂症、双相情感障碍、分裂情感障碍、持久性妄想性障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍[7]。确诊患者由具有精神科诊疗资质的医疗机构依据《精神卫生法》上报到北京市精神卫生信息系统，由居住地社区卫生服务中心接收，并通过系统建立电子档案，纳入社区管理。本研究于 2022 年 1 月，通过北京市精神卫生信息管理系统获取某社区 2011 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日 6 类在册严重精神障碍患者资料。

1.2 研究方法 通过北京市精神卫生信息管理系统收集严重精神障碍患者的档案信息，包括：（1）基本情况，如性别、年龄、婚姻状况、受教育程度、工作状况、享受最低生活保障补助（低保）情况；（2）疾病和建档情况，如疾病类型、初次发病日期、建档日期，以及死亡病例的死亡日期、死亡原因及说明等。将初次发病日期、建档日期、死亡日期换算为发病年龄、未建档期（首次发病距社区建档的间隔时间）、死亡年龄。以截至 2010-12-31 的患者信息为基础数据，统计 2011—2021 年历年新增与死亡患者信息。

计算 2011—2021 年历年的患病率、死亡率、生命损失年（years of life lost，YLL）率。（1）患病率 = 在册严重精神障碍患者数 / 社区常住人口数 ×1 000，其中社区常住人口数由社区街道办事处卫生建设办公室提供。（2）死亡率 = 当年死亡患者数 / 社区常住人口数 ×100 000。（3）YLL 率 =YLLs/ 人口总数 ×1 000= ∑（预期寿命 – 实际死亡年龄）/ 人口总数 ×1 000。YLL 指疾病导致未到预期寿命而发生早死所损失的寿命年数；根据 2022 年 7 月国家卫生健康委员会发布的《2021 年我

国卫生健康事业发展统计公报》，2021 年中国居民人均预期寿命为 78.2 岁[8]。

1.3 统计学方法 采用 Excel 2019 软件对导出的数据进行处理，采用 SPSS 25.0 统计软件进行数据分析。计量资料以（$\bar{x} \pm s$）表示，计数资料以相对数表示。计数资料组间比较采用 $\chi^2$ 检验，等级资料组间比较采用 Wilcoxon 秩和检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 社区严重精神障碍患者的患病率、死亡率及 YLL 率 2011—2021 年历年新增患者例数多于死亡患者例数。2011 年社区严重精神障碍患病率为 2.78‰，从 2012 年开始逐年上升，至 2021 年达 3.77‰；2011 年的死亡率为 2.80/10 万，2015 年死亡率达到最高（12.50/10 万），2021 年为 9.20/10 万。2016 年的 YLL 率最低（-0.250‰），2021 年的 YLL 率最高（1.436‰），见表 1。

**表 1** 2011—2021 年社区严重精神障碍的患病率、死亡率及 YLL 率
**Table 1** Prevalence，mortality，and years of life lost rates of residents with severe mental illness in a Beijing's community from 2011 to 2021

| 年份（年） | 常住人口数 | 在册患者数（例） | 患病率（‰） | 死亡患者数（例） | 死亡率（1/10 万） | YLL 率（‰） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2011 | 107 219 | 298 | 2.78 | 3 | 2.80 | 0.481 |
| 2012 | 132 753 | 321 | 2.42 | 9 | 6.78 | 0.322 |
| 2013 | 132 753 | 329 | 2.48 | 5 | 3.77 | 0.723 |
| 2014 | 132 753 | 335 | 2.52 | 6 | 4.52 | 0.679 |
| 2015 | 120 000 | 340 | 2.83 | 15 | 12.50 | 0.875 |
| 2016 | 116 768 | 355 | 3.04 | 9 | 7.71 | -0.250 |
| 2017 | 116 768 | 362 | 3.10 | 12 | 10.28 | 0.971 |
| 2018 | 112 000 | 381 | 3.40 | 4 | 3.57 | 0.204 |
| 2019 | 115 565 | 400 | 3.46 | 9 | 7.79 | 0.267 |
| 2020 | 110 654 | 405 | 3.66 | 8 | 7.23 | 1.216 |
| 2021 | 108 667 | 410 | 3.77 | 10 | 9.20 | 1.436 |

注：YLL= 生命损失年

2.2 社区严重精神障碍患者的基本特征 2010-12-31，社区卫生服务中心在册严重精神障碍患者共 288 例，2021 年在册患者 410 例。2021 年在册患者中，男 196 例（47.80%），女 214 例（52.20%）；年龄为 17~90 岁，平均年龄为（56.0±14.1）岁；精神分裂症患者 289 例（70.49%），双相情感障碍患者 91 例（22.20%），癫痫所致精神障碍患者 9 例（2.20%），精神发育迟滞伴发精神障患者 11 例（2.68%），分裂情感障碍患者 6 例（1.43%），持久性妄想性障碍患者 4 例（0.98%）。2021 年社区严重精神障碍患者的年龄、受教育程度、工作状况、疾病类型、未建档期与基线比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）；性别、婚姻状况、低保情况、发病年龄与基线比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），见表 2。

**表 2** 2021 年和基线的社区严重精神障碍患者基本特征比较
**Table 2** Comparison of general demographic data between people with severe mental illness in a Beijing's community in 2021 and in the baseline period

| 特征 | 基线（n=288） | 2021 年（n=410） | $\chi^2$（Z）值 | P 值 |
|---|---|---|---|---|
| 性别 | | | 2.173 | 0.140 |
| 男 | 154（53.47） | 196（47.80） | | |
| 女 | 134（46.53） | 214（52.20） | | |
| 年龄（岁） | | | -3.756 | <0.001 |
| ≤ 45 | 90（31.25） | 89（21.71） | | |
| 45~59 | 115（39.93） | 150（36.59） | | |
| ≥ 60 | 83（28.82） | 171（41.71）[a] | | |
| 婚姻状况 | | | 1.888 | 0.596 |
| 未婚 | 105（36.46） | 161（39.27） | | |
| 已婚 | 125（43.40） | 174（42.44） | | |
| 离异 | 40（13.89） | 58（14.15） | | |
| 丧偶 | 18（6.25） | 17（4.15） | | |
| 受教育程度 | | | 34.429 | <0.001 |
| 小学及以下 | 43（14.93） | 25（6.10） | | |
| 初中 | 125（43.40） | 132（32.20） | | |
| 高中 | 72（25.00） | 129（31.46） | | |
| 大专及以上 | 48（16.67） | 124（30.24）[a] | | |
| 工作状况 | | | 11.736 | 0.003 |
| 在职 | 5（1.74） | 31（7.56）[a] | | |
| 无业 / 下岗 | 163（56.60） | 219（53.41） | | |
| 离退休 / 学生 | 120（41.67） | 160（39.02） | | |
| 是否享受最低生活保障补助 | | | 2.853 | 0.091 |
| 是 | 60（20.83） | 65（15.85） | | |
| 否 | 228（79.17） | 345（84.15） | | |
| 疾病类型 | | | 29.684 | <0.001 |
| 精神分裂症 | 246（85.42） | 289（70.49）[a] | | |
| 双相情感障碍 | 20（6.94） | 91（22.19）[a] | | |
| 其他 4 类 | 22（7.64） | 30（7.32） | | |
| 发病年龄（岁） | | | -1.884 | 0.059 |
| ≤ 18 | 47（16.32） | 61（14.88） | | |
| 19~45 | 215（74.65） | 286（69.76） | | |
| ≥ 46 | 26（9.03） | 63（15.36） | | |
| 未建档期（年） | | | -3.859 | <0.001 |
| ≤ 5 | 55（19.10） | 128（31.22）[a] | | |
| 6~15 | 104（36.11） | 146（35.61） | | |
| ≥ 16 | 129（44.79） | 136（33.17） | | |

注：[a] 表示与基线比较，$P<0.05$

2.3 2011—2021 年新增病例特征分析 2011—2021 年新增患者 212 例，其中男 84 例（39.62%），女 128 例（60.38%）；疾病类型以精神分裂症（57.08%，121/212）和双相情感障碍（36.32%，77/212）居多；发病年龄集中在 19~45 岁（65.57%，139/212），平均发病年龄为（35.1±14.4）岁，最小发病年龄为 5 岁，为精神发育迟滞伴发精神障患者，最大发病年龄为 82

岁，为双相情感障碍患者；未建档期以≤ 5 年者居多（40.57%，86/212），中位未建档期为 8.50（15.5）年，其中未建档期≤ 1 年者 26 例（12.26%，26/212），见表 3。

2.4　2011—2021 年死亡病例特征分析　2011—2021 年死亡患者共 90 例，其中男 42 例（46.67%）、女 48 例（53.33%），精神分裂症患者 78 例（86.67%）、双相情感障碍患者 6 例（6.67%）。死亡原因包括：因躯体疾病死亡 76 例（84.44%），其中心血管疾病 41 例（53.95%，41/76）、脑血管疾病 10 例（13.15%，10/76）、肿瘤 9 例（11.84%，9/76）、其他躯体疾病 16 例（21.05%，16/76）；自杀 7 例（7.78%），意外死亡 2 例（2.22%），无法归类的其他死亡原因 5 例（5.56%）。死亡年龄≤ 60 岁者 23 例（25.55%），61~75 岁者 32 例（35.56%），≥ 76 岁者 35 例（38.89%），平均死亡年龄为（69.2 ± 13.6）岁。最低死亡年龄为 33 岁，死亡原因为自杀；最高死亡年龄为 96 岁，死亡原因为心血管疾病。历年死亡患者例数及特征见表 4。

## 3　讨论

近年来国家对精神障碍防治工作愈发重视：2004 年国家投入 686 万元在全国开展“686”项目示范区建设，探索精神疾病患者社会化、规范化管理模式及工作机制[5]483；2009 年社区严重精神障碍管理被纳入国家基本公共卫生体系，严重精神障碍患者与高血压、糖尿病等慢性躯体疾病患者一同享受初级卫生保健服务。各地区为推进精神障碍社区防治工作、提高医疗服务质量，相继出台多项举措。北京市建立了精神卫生信息管理系统，通过网络直报为患者建立健康档案并进行随访指导，为患者提供免费抗精神病药物治疗、免费健康体检、社

**表 3**　2011—2021 年历年新增严重精神障碍患者例数及特征（例）

**Table 3**　General demographic characteristics of newly increased patients with severe mental illness in a Beijing's community by year from 2011 to 2021

| 年份（年） | 患者数 | 性别（例） | | 疾病类型（例） | | | 发病年龄（例） | | | 未建档期（例） | | | 中位未建档期〔$M(QR)$，年〕 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 男 | 女 | 精神分裂症 | 双相情感障碍 | 其他 4 类 | ≤ 18 岁 | 19~45 岁 | ≥ 46 岁 | ≤ 5 年 | 6~15 年 | ≥ 16 年 | |
| 2011 | 13 | 7 | 6 | 9 | 2 | 2 | 2 | 9 | 2 | 6 | 6 | 1 | 7.0（9.0） |
| 2012 | 32 | 12 | 20 | 20 | 10 | 2 | 1 | 21 | 10 | 21 | 4 | 7 | 2.0（12.0） |
| 2013 | 13 | 7 | 6 | 7 | 5 | 1 | 0 | 8 | 5 | 9 | 2 | 2 | 2.0（13.0） |
| 2014 | 12 | 4 | 8 | 6 | 6 | 0 | 1 | 10 | 1 | 6 | 2 | 4 | 5.5（18.5） |
| 2015 | 20 | 4 | 16 | 11 | 8 | 1 | 1 | 15 | 4 | 4 | 10 | 6 | 10.0（13.0） |
| 2016 | 24 | 9 | 15 | 15 | 7 | 2 | 3 | 17 | 4 | 7 | 8 | 9 | 14.0（19.0） |
| 2017 | 19 | 6 | 13 | 10 | 9 | 0 | 2 | 7 | 10 | 7 | 7 | 5 | 8.0（13.0） |
| 2018 | 23 | 12 | 11 | 15 | 7 | 1 | 2 | 13 | 8 | 8 | 7 | 8 | 10.0（13.0） |
| 2019 | 28 | 12 | 16 | 14 | 10 | 4 | 3 | 18 | 7 | 6 | 11 | 11 | 14.5（13.0） |
| 2020 | 13 | 5 | 8 | 6 | 7 | 0 | 3 | 9 | 1 | 7 | 3 | 3 | 3.0（11.0） |
| 2021 | 15 | 6 | 9 | 8 | 6 | 1 | 2 | 12 | 1 | 5 | 4 | 6 | 12.0（30.0） |

**表 4**　2011—2021 年历年死亡严重精神障碍患者例数及特征（例）

**Table 4**　Number，general demographic characteristics and causes of death of the deceased patients with severe mental illness in a Beijing's community by year from 2011 to 2021

| 年份（年） | 患者数（例） | 性别 | | 疾病类型 | | | 死亡年龄 | | | 死亡原因 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 男 | 女 | 精神分裂症 | 双相情感障碍 | 其他 4 类 | ≤ 60 岁 | 61~75 岁 | ≥ 76 岁 | 心血管病 | 脑血管病 | 肿瘤 | 其他躯体疾病 | 自杀 | 意外或其他 |
| 2011 | 3 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 2012 | 9 | 3 | 6 | 6 | 2 | 1 | 2 | 2 | 5 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 2013 | 5 | 4 | 1 | 4 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 |
| 2014 | 6 | 5 | 1 | 6 | 0 | 0 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 2015 | 15 | 4 | 11 | 13 | 1 | 1 | 2 | 6 | 7 | 4 | 2 | 1 | 6 | 1 | 1 |
| 2016 | 9 | 1 | 8 | 8 | 1 | 0 | 0 | 2 | 7 | 6 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 2017 | 12 | 7 | 5 | 10 | 1 | 1 | 3 | 5 | 4 | 5 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| 2018 | 4 | 3 | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 2019 | 9 | 3 | 6 | 9 | 0 | 0 | 0 | 5 | 4 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 2020 | 8 | 5 | 3 | 7 | 1 | 0 | 5 | 2 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| 2021 | 10 | 6 | 4 | 9 | 0 | 1 | 3 | 7 | 0 | 3 | 2 | 3 | 2 | 0 | 0 |

区康复等，为患者家属发放护理补贴等，这些措施为基层推进精神卫生工作提供了有力支持。一方面，严重精神障碍具有同慢性躯体疾病相似的特征，如病程迁延、病情波动 / 反复发作、终身患病等；另一方面，该类疾病又具有独特性，如起病年龄早（多为青壮年）、缺乏自知力、社会功能受损。起病年龄早意味着病程更长，家庭与社会经济负担更重；缺乏自知力意味着患者服药依从性较低，难以依靠自身完成自我健康管理；社会功能受损意味着患者难以建立正常的人际关系，难以融入社会。因此，严重精神障碍患者的社区卫生服务重在早期发现、早期诊断、早期干预、全病程管理。新增与死亡精神障碍患者的变化特征反映了一个地区精神疾病发病趋势及生存健康状态，是开展社区精神卫生服务的入口与出口。掌握入口特征可以为落实"三早"原则提供依据，帮助精神障碍患者尽早享受专业医疗服务、维持病情稳定；掌握出口特征可以采取应对措施，提升患者生活质量，延长患者预期寿命。

2019 年流行病学调查数据显示，我国精神分裂症加权终身患病率为 0.6%〔95%*CI* 为（0.1%，1.0%）〕，双相情感障碍加权终身患病率为 0.6%〔95%*CI* 为（0.4%，0.7%）〕[9]。本研究结果显示：社区历年新增严重精神障碍患者均多于死亡患者，患病率自 2012 年后呈逐年上升趋势，2021 年的患病率达 3.77‰，超过北京市 3.6‰的平均水平[10]。2011—2021 年患病率增加可能与国家加强对重性精神障碍患者的监测与管理[3]779，基层精神障碍防治制度逐渐完善，患者检出率提高[11]等因素有关。但也应注意到，这一变化反映了社区精神障碍发展有逐渐严重趋势，应引起基层精神卫生工作者的注意，应有针对性地采取防控措施。

对 2021 年和基线时的患者特征进行比较发现：（1）精神分裂症和双相情感障碍的患病率仍居于社区 6 类严重精神障碍的前两位，但精神分裂症患者的占比较基线减少，而双相情感障碍的患者占比增加；（2）患者年龄分布与基线相比，整体老化水平较高；（3）患者的受教育程度高于基线；（4）在职的患者较基线增加。这表明 2011—2021 年社区双相情感障碍患者数量增加幅度较明显，新增患者呈现年长患者居多、受教育程度较高、具备一定工作能力等特征，这些特征变化为严重精神障碍患者恢复带来一丝希望。但需注意到，中等文化水平（中学 63.66%）、无工作（53.41%）等人口特征在 11 年中无明显改变，且占据构成主导位置，说明研究中发现的变化对社区精神障碍患者整体人口学分布影响有限，因此对发现的变化特征解读仍须审慎。此外还需注意在首次发病年龄无明显变化的情形下，患者社区发现建档年龄增加，说明今后仍应加大社区筛查与发现力度，尽早动员患者就诊、确诊。

对新增 212 例患者信息分析发现：精神分裂症患者（121 例）多于双相情感障碍患者（77 例）及其他 4 类精神障碍患者（14 例）例数之和；女性患者（128 例）多于男性（84 例）；发病年龄以 19~45 岁青壮年为主（65.57%）。未建档期反映了患者首次发病到接受社区建档的时间间隔，与未建档期相关的是未治期（首次发病到首次治疗的时间间隔，duration of untreated psychosis，DUP）。研究发现，精神障碍患者 DUP 越长，精神症状越严重、社会功能越差、总体结局越差[12-14]。因此，多个国家强调需要缩短 DUP，对精神障碍患者"早发现、早治疗、早管理"。如英国发布了《到 2020 年实现更好的获得精神卫生服务》，要求 50% 以上的首发精神疾病患者在转诊到早期干预服务的 2 周内开始治疗[15]；一项调查显示 70.7% 的精神障碍患者 DUP 在 1 年以内[16]。作为 DUP 的延伸，较长的未建档期会给患者带来同样问题，本社区新增患者未建档期≤ 5 年者占比为 40.57%（86/212），高于基线（19.10%）及 2021 年的整体水平（31.22%），其中未建档期≤ 1 年患者 26 例（12.26%）；未建档期≥ 16 年的患者占比为 29.25%（62/212），低于基线（44.79%）及 2021 年的整体水平（33.17%）。说明近 11 年来社会各方推动患者早期发现、治疗与接受社区卫生服务的工作取得一定效果。中位未建档期为 8.50 年，说明该指标仍有进一步提升空间：一方面，今后应通过社区筛查、宣传教育、基层多部门信息共享等方法尽早发现疑似或潜在患者，动员其就诊以明确诊断，缩短发病到就诊时间；另一方面，应加强医院 – 社区精神卫生服务一体化建设，借助网络直报功能尽早将确诊患者信息流转至属地社区卫生服务机构，将其纳入社区管理，缩短患者就诊、确诊到社区建档时间。

对死亡的 90 例患者信息进行分析发现：6 类严重精神障碍患者中，精神分裂症死亡例数最多（78 例）、占比最大（86.7%），这与北京市的调查结果一致[17]，可能与精神分裂症患者基数较大有关；≥ 60 岁老龄患者的死亡例数最多（67 例）、占比最大（74.45%）；排除 5 例因其他原因死亡患者，社区死因顺位依次为躯体疾病（76 例，84.4%）、自杀（7 例，7.8%）、意外死亡（2 例、2.22%），与深圳市调查结果一致[18]。死亡率排在前 3 位的躯体疾病依次为心血管疾病（41 例，53.9%）、脑血管疾病（10 例，13.2%）及肿瘤（9 例，11.8%）。历年患者死亡率为 2.80/10 万 ~12.50/10 万，YLL 率为 –0.250‰ ~1.436‰，但 2011—2021 年中 10 年的 YLL 率超过 0，说明社区严重精神障碍患者寿命低于居民人均预期寿命。YLL 率越大，意味着由于严重精神障碍所致的寿命损失年越多，且会造成较大的疾病负担。一项对中国 34 个省级行政单位健康状况进行分析

的研究结果显示，由精神障碍造成的疾病负担位居慢性病第2位，是导致健康寿命损失年的三大原因之一[19]。这提示基层精神卫生工作应贯彻全病程、全方位管理理念，精神疾病防治不仅需关注精神症状控制与社会功能恢复，还应关注患者躯体疾病进展。精防医生应与全科医生在社区层面建立联络会诊制度，及时、规范化指导患者健康体检，对≥60岁的老年精神障碍患者应增加体检频次；应将共患躯体疾病患者及时转介至全科医生处；健康教育应尽早介入，以矫正患者不良生活方式。对于自杀问题，精防医生在随访中应更全面、细致地了解患者病情，必要时可从社区、邻居、家属等多方收集信息，及早发现患者的自杀风险因素，并开展及时干预。

综上，本研究对2011—2021年社区新增与死亡的严重精神障碍患者部分信息进行整理，发现如下特征：（1）从2012年开始，近10年社区患病率呈缓慢上升趋势；（2）精神分裂症与双相情感障碍仍处于6类严重精神障碍前两位，但双相情感障碍患者11年中增幅明显，老年、受教育程度高、具备一定工作能力的患者在11年中明显增加；（3）相较于基线，新增患者11年中短未建档期（≤5年）患者数量增加；（4）死亡患者以老龄、躯体疾病为主，社区严重精神障碍患者寿命低于居民平均预期寿命。针对上述特征，建议社区多部门联动，采取多种措施减缓患病率上升趋势；落实“早发现、早诊断”原则，缩短未建档期，确保患者尽早享受社区精神卫生服务；对老龄严重精神障碍患者，应增加健康体检频次，有条件的社区应建立精防医生－全科医生联络会诊制度。本研究的局限性包括：（1）数据来源于同一社区，不适宜做出普遍性推论，今后应开展包括城市、农村等不同形态的多社区研究；（2）对历年数据进行分析，并未发现不同年份间的信息点存在差异，新增与死亡患者特征未发现趋势性变化，这可能与样本量较少有关，今后应尽可能增容样本数量。

作者贡献：孙旭海提出概念，收集数据，负责论文撰写与修订；石秀秀负责数据整理与分析；赵峥峥负责参与数据收集，负责查阅文献；韩全祥负责制定研究总体目标，并负责文章审校；所有作者确认论文终稿。

本文无利益冲突。

**参考文献**

[1] 姚丰菊，张伟平，张瑞岭，等．河南省严重精神障碍患者管理治疗现状分析［J］．中国全科医学，2020，23（21）：2702-2708. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.206.

[2] 郑富豪，曾昭楠，熊端华，等．福州市严重精神障碍患者管理现状研究［J］．中国医疗管理科学，2019，9（4）：62-65.

[3] 徐彩娟，汪胤，方政华，等．2016年湖南地区重性精神障碍影响因素分析［J］．中国临床心理学杂志，2021，29（4）：778-782. DOI：10.16128/j.cnki.1005-3611.2021.04.023.

[4] 张五芳，马宁，王勋，等．2020年全国严重精神障碍患者管理治疗现状分析［J］．中华精神科杂志，2022，55（2）：122-128.

[5] 文红，王丹，杨先梅，等．严重精神障碍患者社区管理治疗述评［J］．四川精神卫生，2014，27（6）：481-485.

[6] 中共北京市委，北京市人民政府．关于印发《“健康北京2030”规划纲要》的通知［EB/OL］.（2017-09-15）［2023-03-17］. http://www.beijing.gov.cn/zhengce/zhengcefagui/201905/t20190522_60543.html.

[7] 李长明，董燕敏．国家基本公共卫生服务操作手册（第三版）［M］．北京：金盾出版社，2018：208-215.

[8] 中国政府网规划发展与信息化司．2021年我国卫生健康事业发展统计公报［EB/OL］.（2022-07-12）［2022-08-09］. http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s3586s/202207/51b55216c2154332a660157abf28b09d.shtml.

[9] HUANG Y，WANG H，WANG B，et al. Prevalence of mental disorders in China：a cross-sectional epidemiological study［J］. Lancet Psychiatry，2019，6（3）：211-224.

[10] 王勋，马宁，吴霞民，等．2018年全国严重精神障碍患者管理治疗现状分析［J］．中华精神科杂志，2020，53（5）：438-445. DOI：10.3760/cma.j.cn113661-20200622-00290.

[11] 庄思琪，苗春霞，张洪永，等．2016—2020年徐州市严重精神障碍流行病学特征分析［J］．中国预防医学杂志，2021，22（8）：592-597. DOI：10.16506/j.1009-6639.2021.08.005.

[12] RAN M S，XIAO Y Y，CHUI C H K，et al. Duration of untreated psychosis（DUP）and outcome of people with schizophrenia in rural China：14-year follow-up study［J］. Psychiatry Res，2018，267：340-345. DOI：10.1016/j.psychres.2018.06.043.

[13] CECHNICKI A，CICHOCKI O，KALISZ A，et al. Duration of untreated psychosis（DUP）and the course of schizophrenia in a 20-year follow-up study［J］. Psychiatry Res，2014，219（3）：420-425. DOI：10.1016/j.psychres.2014.05.046.

[14] MURRU A，CARPINIELLO B. Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia：a review［J］. Neurosci Lett，2018，669：59-67. DOI：10.1016/j.neulet.2016.10.003.

[15] Department of Health. Achieving better access to mental health services by 2020［EB/OL］.［2023-03-17］. https://www.gov.uk/government/publications/mental-health-services-achieving-better-access-by-2020.

[16] COTTER J，ZABEL E，FRENCH P，et al. Prolonged duration of untreated psychosis：a problem that needs addressing［J］. Early Interv Psychiatry，2017，11（3）：263-268.

[17] 徐秋月，许莹，闫芳．2015—2018年北京市严重精神障碍患者死因分析［J］．首都公共卫生，2020，14（5）：250-252. DOI：10.16760/j.cnki.sdggws.2020.05.007.

[18] 彭小冬，金冬，周志坚，等．深圳市2008—2017年社区严重精神障碍死亡报告病例分析［J］．中国心理卫生杂志，2018，32（9）：738-740. DOI：10.3969/j.issn.1000-6729.2018.09.006.

[19] ZHOU M G，WANG H D，ZENG X Y，et al. Mortality，morbidity，and risk factors in China and its provinces，1990-2017：a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017［J］. Lancet，2019，394（10204）：1145-1158. DOI：10.1016/S0140-6736(19)30427-1.

（收稿日期：2022-11-16；修回日期：2023-03-22）

（本文编辑：王凤微）